

Анализ имеющихся в нашем распоряжении литературных данных позволяет сделать предположение о том, что названные выше особенности являются характерными и для других видов деятельности детей с выраженной интеллектуальной недостаточностью, в том числе, перцептивной.

Недоразвитие перцептивной деятельности детей с интеллектуальной недостаточностью весьма неоднородно. Имея формально сохраненные анализаторы как анатомо-физиологические предпосылки для получения сенсорной информации, глубоко с интеллектуальной недостаточностью ребенок «слушает, но не слышит, смотрит, но не видит» (Э.Сеген). Зачастую глубокое недоразвитие познавательной деятельности таких детей усугубляется госпитальными факторами, скудностью и ограниченностью внешних впечатлений. Если мир внешних впечатлений, раздражителей, как один из стимулирующих психику факторов недостаточен, дети становятся безынициативными[3].

Это приводит к своеобразию в формировании предметной, речевой, игровой, изобразительной деятельности. Так, в частности, в исследовании М.В.Бирюковой были выявлены некоторые особенности игры дошкольников с выраженной интеллектуальной недостаточностью. Дети данной категории плохо понимают и соблюдают условия игры. Лишь в созданных взрослым игровых ситуациях, опирающихся на эмоциональную сферу детей удалось достигнуть некоторых изменений: при использовании хороводных и подвижных игр с песенным сопровождением оказалось доступным поэтапное усвоение игровых действий. В результате дети сумели приобрести навыки адекватного поведения, овладели элементами игровых действий, начальным общением со сверстниками и фрагментарными речевыми проявлениями.

Таким образом, исследования показывают, что у детей дошкольного возраста с интеллектуальной недостаточностью имеются органические предпосылки сенсорного развития в виде природных анатомо-физиологических особенностей анализаторных систем. Однако установлено, что этих предпосылок недостаточно для самостоятельного первоначального освоения ребенком человеческого опыта. Кроме приспособления деятельности анализаторов к особенностям окружающего мира необходимо специальное обучение - целенаправленный процесс сенсорного воспитания, как в норме, так и при нарушениях интеллектуального развития.

Список цитированных источников:

1. Буянова, Р.С. Сенсорное развитие детей / Р.С. Буянова // Социальная работа. – № 12. – 2006. - С.8-12.
2. Варган, В.П. Сенсорное развитие дошкольников. - Мн.: БрГУ, 2007. – 195с.
3. Назарова, Н.М. Специальная педагогика. / Под редакцией Назаровой Н.М. – М.: "AKADEMA", 2000. - 57 с.

НАРУШЕНИЯ ПРОСОДИЧЕСКОЙ СТОРОНЫ РЕЧИ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ СО СТЕРТОЙ ДИЗАРТРИЕЙ

Хаванская Я.Г., студентка 4 курса
(г. Могилев, МГУ имени А.А. Кулешова)

Научный руководитель – Габеева Л.Л., ст. преподаватель

В настоящее время одной из актуальных проблем логопедии является проблема стертой дизартрии, коррекция которой имеет важное медико-педагогическое и социальное значение. Исследователи (Е.Ф. Архипова, Л.В. Лопатина, Е.Ф. Соботович и др.) отмечают, что достаточно часто у школьников со стертой дизартрией встречаются нарушения просодики.

Е.Ф. Архипова в развернутой клинико-педагогической характеристике детей со стертой дизартрией описывает состояние просодической стороны речи и представляет материал по развитию интонационно-выразительных средств в онтогенезе и некоторые сведения о конкретных нарушениях просодии у детей со стертой дизартрией.

Просодическая сторона речи - это неотъемлемая часть речевой деятельности человека. Она представляет собой единство взаимосвязанных компонентов: мелодики, длительности, интенсивности, темпа речи и тембра произнесения. Состояние просодической стороны речи влияет на разборчивость, внятность, эмоциональный рисунок речи.

При подборе методики констатирующего эксперимента мы изучали материалы Т. Б. Филичевой, Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской, О.В. Елецкой, Е.А. Лалаевой, И.В. Прищеповой, О.И. Азовой, Е.М. Мастюковой.

Л.С. Волкова и С.Н. Шаховская разработали методику обследования детей с дизартрией. Обследование строится на общем системном подходе, разработанном в отечественной логопедии, с учетом специфики описанных выше речевых и неречевых нарушений, общего психоневрологического состояния ребенка и возраста. [1]

В работах Р.И.Лалаевой, И.В. Прищеповой, О.И. Азовой, О.В. Елецкой и др. были использованы методы обследования, позволяющие изучить состояние фонематических процессов у данной категории детей.

Методика обследования речи, предложенная Г.А. Волковой и Е.М. Мастюковой, включает в себя изучение состояния звукопроизношения, состояния просодических компонентов речи, изучение фонематических функций, обследование моторики и т.д.

Для обследования детей со стертой дизартрией наиболее подходящей является методика исследования просодической стороны речи у детей, разработанная Е. Ф. Архиповой, так как в этой методике учитываются возрастные особенности детей, а также дизартрический аспект [2, с. 305].

Эта методика содержит следующие разделы: обследование восприятия ритма, воспроизведения ритма, восприятия интонации, логического ударения, воспроизведения логического ударения, интонации. Предлагается обследование модуляций голоса по высоте, силе, выявление назального тембра голоса, обследование восприятия и воспроизведения тембра, речевого дыхания, темпо-ритмической организации речи, состояния слухового самоконтроля.

Задачами методики является: выявление возможностей детей различать разнообразные интонационные структуры в импрессивной речи, возможности восприятия логического ударения, определение умения ребенка изменять громкость голоса, выявление эмоциональных характеристик голоса, обследование чувства ритма, темпо-ритмической организации речи, состояния слухового самоконтроля.

При обследовании у детей со стертой дизартрией восприятия и воспроизведения ритма было выявлено, что эти компоненты просодической стороны речи у детей нарушены. При воспроизведении ритма только 10% детей справились с этим заданием без помощи педагога, 40% не справились с заданием вообще или делали очень много ошибок, 30% детей выполняли задания с активным использованием помощи педагога и 20 % детей задания выполняли с ошибками, но по ходу задания самостоятельно их исправляли.

При восприятии ритма 60% детей со стертой дизартрией не справились с заданием или допустили много ошибок, 20% выполнили задания с использованием помощи педагога и 20% выполнили задания с ошибками, но по ходу работы самостоятельно исправляли их.

В ходе обследования восприятия интонации было выявлено, что с помощью взрослого справляются 50% детей, не выполнили задание 20% детей и 30% самостоя-

тельно исправляли ошибки в ходе выполнения задания. При обследовании воспроизведения интонации было выявлено, что 40% детей активно использовали помощь педагога, 40% в ходе выполнения задания самостоятельно исправляли допущенные ошибки, а 20% вовсе не справились с заданием или допустили много ошибок.

При обследовании восприятия и воспроизведения логического ударения у детей со стертой дизартрией было выявлено, что 50% детей выполнили задания, активно используя помощь педагога, 20% школьников выполняли задания с ошибками, но в ходе выполнения исправляли их, 30% детей допустили много ошибок, либо не справились с заданием вообще.

При обследовании модуляции голоса по высоте было выявлено, что 50% школьников с дизартрией выполнили задание при использовании помощи педагога, 30% детей выполнили задание с небольшим количеством ошибок и 20% сделали много ошибок при выполнении задания.

В ходе обследования модуляции голоса по силе было выявлено, что 40% выполнили задание, активно используя помощь педагога, 30% не выполнили задание вообще или допустили много ошибок и 30% детей справились с заданием, самостоятельно исправляя ошибки по ходу его выполнения.

При выявлении назального (носового) оттенка голоса у детей экспериментальной группы было выявлено, что у 20% детей голос нормальный, отклонений от нормального тембра не отмечается, а у 80% школьников со стертой дизартрией наблюдается легкая степень нарушения тембра, тембр голоса назализованный.

При обследовании восприятия тембра голоса было выявлено, что 20% детей выполнили задание с ошибками, но ошибки исправляли самостоятельно, 60% школьников со стертой дизартрией активно использовали помощь педагога и 20% не справились с заданием или допустили много ошибок. При обследовании воспроизведения тембра голоса, выявлено, что 20% выполнили задание с ошибками, но ошибки исправляли самостоятельно, 50% допустили много ошибок или не справились с заданием вообще, 30% школьников выполнили задания, активно используя помощь педагога.

При обследовании речевого дыхания было выявлено, что у 10% детей диафрагмальный тип дыхания, они дифференцируют ротовой и носовой вдох и выдох, выдыхаемая струя сильная и целенаправленная. У 70% детей отмечается диафрагмальный тип дыхания, они дифференцируют ротовой и носовой вдох и выдох, снижен объем и сила выдоха, а 20% школьников имеют диафрагмальный тип дыхания, аритмичность вдоха, выдоха и малый объем, и силу выдоха.

Обследование темпо-ритмической организации речи позволило выявить, что 50% детей не справились с заданиями или допустили много ошибок, 30% активно использовали помощь педагога, а 20% школьников выполняли задания с ошибками, но в ходе выполнения самостоятельно исправляли ошибки.

При обследовании состояния слухового самоконтроля у ребенка со стертой дизартрией мы выявили, что у 30% детей отсутствует самоконтроль, у 60% школьников наблюдается начальная стадия формирования навыка самоконтроля. Только у 10% детей наблюдается стадия автоматизации навыка самоконтроля.

У младших школьников со стертой дизартрией наблюдались трудности в выполнении заданий. При обследовании восприятия и воспроизведения ритма и интонации школьники допускали ошибки, некоторые дети не справлялись. Восприятие и воспроизведение логического ударения также вызвало затруднения, никто из детей со стертой дизартрией не справился самостоятельно. У детей отмечается слабость в модуляции голоса по силе и высоте, а также у детей данной категории плохо развито речевое дыхание, у некоторых в речи присутствует назальный оттенок. Задания по обследованию темпо-ритмической организации речи не выполнила половина учеников. Большая

часть детей со стертой дизартрией имеют начальную стадию формирования навыка самоконтроля.

Таким образом, был выявлен ряд особенностей просодической стороны речи у детей с дизартрией: дети плохо воспринимают интонацию, допускают ошибки при воспроизведении интонации, с ошибками воспринимают логическое ударение, плохо воспроизводят логическое ударение, присутствует слабость в модуляции голоса по силе и высоте.

Исходя из данных диагностики, мы пришли к выводу о том, что детям со стертой дизартрией необходима специальная коррекционная работа по развитию просодической стороны речи.

Список цитированных источников:

1. Волкова, Л.С. Логопедия: Учеб. для студ. дефектол. фак. пед. высш. учеб. заведений / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2002. – 680 с.
2. Архипова, Е.Ф. Стертая дизартрия у детей: учебное пособие / Е. Ф. Архипова. — М.: АСТ: Астрель, 2006. – 319 с.

ИНТЕГРИРОВАННОЕ ОБУЧЕНИЕ И ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ С ОСОБЕННОСТЯМИ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Шавкун А.В., студентка 4 курса

(г. Витебск, ВГУ имени П.М. Машерова)

Научный руководитель – Корнилова О.В., ст. преподаватель

Эволюция отношения общества и государства к лицам с ограниченными возможностями во многих странах сейчас проходит период от изоляции к интеграции.

В отечественной теории и практике обучения детей с отклонениями в развитии принято различать понятия «интеграция», «интегрированное обучение», «дифференциация», «дифференцированное обучение». Сущность и содержание этих понятий и процессов, за ними стоящих, разрабатывались такими учеными, как Л.С. Выготский, Г. Д. Глейзер, В. С. Леднёв, В.В. Коркунов, В.А. Лебединский, Н.Н. Малофеев, М.С. Певзнер, Н. М. Назарова, Е.Г. Речицкая, Н.В. Цукерман, Шедько Е.А., Шевчук Л.Е., Х. Мюллер-Колленберг и др[1].

Л.С. Выготский указывал на необходимость создания такой системы обучения, в которой удалось бы органически увязать специальное обучение с обучением детей с нормальным развитием. Он писал, что при всех достоинствах наша специальная школа отличается тем основным недостатком, что она замыкает своего воспитанника - слепого, глухого или умственно отсталого ребенка - в узкий круг школьного коллектива, создает замкнутый мир, в котором все приспособлено к дефекту ребенка, все фиксирует его внимание на своем недостатке и не вводит его в настоящую жизнь. Специальная школа вместо того, чтобы выводить ребенка из изолированного мира, обычно развивает в нем навыки, которые ведут к еще большей изоляции и усиливают его сепаратизм. Поэтому Л.С. Выготский считал, что задачей воспитания ребенка с нарушением развития является его интеграция в жизнь и создание компенсации его недостатка каким-либо другим путем. Причем, компенсацию он понимал не в биологическом, а в социальном аспекте, так как считал, что воспитателю в работе с ребенком, имеющим дефекты развития, приходится иметь дело не столько с биологическими факторами, сколько с их социальными последствиями. Л.С. Выготский считал, что широчайшая